ROK XI. GRUDZIEŃ 1931. Nr 12 (108)

PRZEGLĄD DENTYSTYCZNY

MIESIĘCZNIK

DR. KAROL ATLAS. Lwów.

Obserwacje kliniczne przy użyciu „Penetrine" D-ra Linki – w stanach zapalnych ozębnej.

616. 314. 085.

Obecny arsenał terapeutyczny lekarza-dentysty przy stanach zapalnych ozębnej jest bardzo ograniczony i niedostateczny. O ile nie uciekamy się do najradykalniejszego środka, t. zn. do usunięcia zęba względnie operatywnego leczenia i zamierzamy ząb, ze względu na jego wartościowość utrzymać i leczyć konserwatywnie, nasuwa nam się cały szereg trudności w doprowadzeniu zęba do tego stanu, by jakiekolwiek zabiegi lecznicze były możliwe, bez narażenia pacjenta na nieznośne i silne bóle, uniemożliwiające w większości przypadków czynności mechaniczne, związane z początkowem leczeniem zachowawczem, jak trepanacja zęba, wyłączenie ze zgryzu i t. d.

O ile w wypadkach zapalenia miazgi dysponujemy ściśle określonym schematem postępowania terapeutycznego — o tyle w dziedzinie zapaleń ozębnej istnieje swoboda i indywidualność czasem nawet przesadna.

Na ogół przyjęty tok postępowania przedstawia się następująco:

Trepanacja zęba, wyłączenie zęba ze zgryzu, wkładka fenolowa i środki analgetyczne w połączeniu z płókaniem, względnie okładami, któreby pacjentowi pomogły przejść okres najboleśniejszy, ostre stadjum zapalenia. Stosowane w ostatnich latach terapeutyczne naświetlania rentgenowskie przy ostrych stanach zapalenia ozębnej dawały

wprawdzie korzystne wyniki, ale z natury rzeczy nie mogły stać się metodą leczniczą ogółu praktyków. — Ciężka sytuacja lekarza-dentysty w tych wypadkach zmieniła się znacznie na korzyść z chwilą wprowadzenia do naszej dyspozycji środka podanego przez Dra Linkę z Tryjestu. pod nazwą fabryczną „Penetrin". Dr. Linka zademonstrował swój preparat na VII zjeździe niemieckich farmakologów w Würzburgu, dnia 23 sierpnia 1927 r. Ponadto na kongresie stomatologicznym w Medjolanie w r. 1927, jako też w Kolonji i Paryżu w r. 1929. Ponadto na Zjeździe A. S. I. w Wenecji i Budapeszcie 1931. Ogólne wrażenie uczestników tej demonstracji egzotycznego środka — który przy najprymitywniejszej formie użycia. t. zn. przez napędzlowanie błony śluzowej w okolicy chorego zęba, usuwa w jaknajkrótszym czasie ból i umożliwia wykonanie wszelkich zabiegów leczniczych chorego zęba — było bardzo mieszane. Raczej ujemne. Sceptycyzm połączony z pewną dozą humorystyki. Podobne małe zainteresowanie tym środkiem utrzymało się w dalszym ciągu już po publikacjach Linki i w literaturze stomatologicznej; wzmianki o „Penetrynie" należą do sporadycznych. Te jednak, które się ukazały, są z małemi wyjątkami nadzwyczajnie korzystne.

W Polsce — o ile mi wiadomo — środek ten w szerszych kołach kolegów jest nieznany. Uważam jednak po dwuletniej obserwacji. że środek ten zasługuje na jaknajszersze zastosowanie i dlatego chciałem z tego miejsca zaznajomić Kolegów z wynikami moich obserwacyj klinicznych i zachęcić Kolegów do wypróbowania tego doskonałego środka.

„Penetrin" Dra Linki, której komisyjny skład posiada firma C. A. Lorenz w Lipsku, Grimmaische — Str. 32, znajduje się w handlu we flaszeczkach prawie dwugramowych i przedstawia się jako płyn ciemno-zielony o bardzo ostrym zapachu. przypominającym silny chrzan. względnie musztardę. Pod względem chemicznym jest Penetryna estrem kwasu isotiocyanowego w połączeniu z dimethylpyrolem. Działanie lecznicze polega na zasadzie uśpienia komórek (Zellnarkose-Heilverfahren), analogicznie do procesu występującego przy działaniu chloroformu na komórki centralnego systemu nerwowego przy narkozie ogólnej. Penetryna, jako środek rozpuszczalny w tłuszczach i wodzie przenika przez tkankę żywą do pierwoszczy komórki i powoduje przemijające zmiany w stanie koloidalnym tłuszczów komórki, których wyrazem jest właśnie uśpienie komórki żywej. Ale przy tem uśpieniu usypiają nietylko komórki organizmu, ale również i drobnoustroje, wywołujące schorzenie, ponieważ na ich zasadnicze elementy, jak tłuszcze

i wodę działa Penetryna, powodując te same zmiany. Tego rodzaju narkoza tak komórek jak i bakteryj trwa kilka godzin, a nawet kilka dni wskutek działania Penetryny. Skutki tej narkozy występującej tak w komórkach jak i bakterjach są jednak odmienne. — Podczas gdy komórki organizmu po pewnym czasie powracają znowu do swojej pierwotnej równowagi koloidalnej, t. zn. budzą się z uśpienia — bakterje uśpione, a zarazem bezbronne zostają natychmiast zaatakowane jako czynnik obcy, przez leukocyty, które je niszczą, a tem samem uwalniają miejsce schorzenia od inwazji drobnoustrojów i ich toksycznych produktów. Co więcej leukocyty — po fagocytozie — wracają do obiegu krwi i oddają ciała białkowate pochodzenia bakteryjnego, które działając, powodują wytworzenie się przeciwciał, które ze swej strony przyczyniają się do osłabienia bakteryj i uzyskania stałej odporności przeciw danemu gatunkowi drobnoustrojów.

Tak się przedstawia teorja Dra Linki, tłumacząca sposób działania „Penetrine". Teorja jest bardzo oryginalna. Uzasadnienia naukowego swoich hypotez Dr. Linka nie podaje. Nie sądzę, by proces ten przedstawiał się tak prymitywnie. Zapewne jest o wiele bardziej skomplikowany. Oceny jednak krytycznej z punktu widzenia bakterjologa i anatomo-patologa nie zamierzam przeprowadzać, nie mając ku temu odpowiednich kwalifikacyj.

Jako kliniczne następstwa przedstawionego procesu podaje autor natychmiastowe ustanie wszystkich bólów i fakt niewytwarzania się ropy, czyli zlikwidowanie ostrego stanu zapalnego.

Sposób użycia swojego preparatu podaje Linka w objaśnieniu podanem do każdej flaszeczki w sposób tak chaotyczny, że faktycznie trudno się zorjentować o co mu chodzi.

Postaram się ująć systematycznie proceder postępowania wedle Linki na konkretnym przypadku.

Zgłasza się pacjent z podrażnieniem ozębnej. Ząb dawniej leczony, wypełniony. Z powodu silnej bolesności, zęba nie można dotknąć. Pierwszym postulatem jest doprowadzenie zęba do tego stanu, by można przy nim pracować, t. zn. do stanu bezbolesności. Stan ten uzyskujemy przez posmarowanie dziąseł w okolicy zęba małym wacikiem przepojonym Penetryną. Po kilku minutach możemy przystąpić do trepanacji, względnie do usunięcia wypełnienia i otwarcia korzeni. Kanały oczyszczamy mechanicznie, a następnie antyforminą, która rozpuszcza resztki organiczne. Resztę pozostałej w kanalikach zębinowych antiforminy zamieniamy przez wprowadzenie nalewki jodowej na jo-

dek potasu (Jodalkali) rozpuszczalny w wodzie, który zostaje zupełnie zresorbowany. Następnie zmywamy kanały korzeniowe alkoholem i w wilgotne jeszcze od alkoholu kanały wprowadzamy na Millerówkach balsam peruwiański, który jako rozpuszczalny w alkoholu przenika do najdrobniejszych rozgałęzień kanalikowych, impregnując powstałe jeszcze resztki gnilne, zabezpiecza je przed dalszą inwazją drobnoustrojów.

Na wypełnione balsamem peruwiańskim kanały kładziemy mały wacik z Penetryną i zamykamy szczelnie Fletcherem na 2 — 3 dni. Po upływie tego czasu zupełnie niereagujący ząb zaopatrujemy w stałe wypełnienie.

Tak postępujemy w sprawach ostrych.

Sposób postępowania w sprawach przewlekłych, połączonych z ziarniniakami, jest nieco odmienny, ponieważ w tym przypadku musimy zniszczyć bakterje, znajdujące się w ziarniniaku, odciętym od obiegu krwi, a więc tam, gdzie leukocyty mimo uśpienia bakteryj przez Penetrynę — nie mogą tych uśpionych drobnoustrojów zlikwidować.

W tych przypadkach postępuje autor w sposób następujący:

Po odczyszczeniu mechanicznem, przemywa antiforminą, nalewką jodową i alkoholem, nie wprowadza jednak balsamu, ale w miejsce tego wacik z Penetryną i arszenikiem. Następnie zamyka szczelnie na kilka dni. Arszenik rozpuszczając się zabija bakterję znajdującą się w ziarniniaku a Penetryna zapobiega wszelkim stanom zapalnym, mogącym być wywołanemi przez arszenik. — Po kilku dniach otwieramy, wprowadzamy balsam peruwiański i zamykamy wypełnieniem.

O ile krytycznie ocenimy ze stomatologicznego punktu widzenia podane metody lecznicze, to nasuwają się pewne wątpliwości. Pomijając swoisty sposób dra Linki leczenia korzeni, który może być nawet bardzo dobry, nie rozumiemy, jakie działanie w tym przypadku przypisuje autor wacikowi z Penetryną, włożonemu do wejścia kanału, a więc odciętemu zupełnie od krwiobiegu. W przypadkach przewlekłych zapaleń wprowadzenie arsenu na kilka dni do korzenia bezwątpienia zabija bakterje, znajdujące się w ziarniniaku. ale w jaki sposób wprowadzony wacik z Penetryną może neutralizować działanie równoczesne arsenu na tkankę okołoszczytową. jest niezrozumiałe i tego nam autor nie wyjaśnia.

Zachodzi obawa, by sprawy nie pogorszyć. Jedynie eksperyment mógłby nam empirycznie potwierdzić twierdzenie autora. Przyznam się jednak. że nie miałem odwagi przeprowadzenia takiego ekspery-

mentu, sprzeciwiającego się wszystkim naszym dotychczasowym pojęciom o działaniu arszeniku.

Zdawałem sobie sprawę z tego, że i wszelkie badania bakterjologiczne i histo-patologiczne, któreby nam pozwoliły skontrolować działanie „Penetryny" w tkance żywej, muszą wypaść — wobec swoistego procesu działania Penetryny — negatywnie i że jedynem kryterjum wartości Penetryny pozostanie tylko obserwacja kliniczna.

Przypadków podrażnień ozębnej leczyłem Penetryną około 60.— Zdaję sobie sprawę z tego, że najlepszy środek i najlepsza metoda mogą być zdyskredytowane przez nieodpowiednie użycie w nieodpowiednich przypadkach. Przeprowadziłem ścisłą indykację przypadków, ograniczając użycie Penetryny tylko do początkowych okresów ostrego zapalenia ozębnej. Wszelkie natomiast sprawy ropne wyłączyłem, jako nie dające widoków powodzenia. Następnie wyłączyłem z leczenia pacjentów starszych o wysokiem ciśnieniu, astmatycznych i chorych sercowo. Użycie Penetryny w tych razach jest bezwzględnie przeciwwskazane — o ile nie chcemy się narazić na bardzo niemiłe konsekwencje. Sposób użycia środka był też nieco odmienny od podanego przez autora. — Po osuszeniu okolicy przedsionka, odpowiadającej mniej więcej szczytowi korzenia i po poleceniu pacjentowi oddychania tylko nosem, smarowałem małym wacikiem, przepojonym Penetryną, tę okolicę tak długo, póki wacik się częściowo nie odbarwił. Następnie w miejsce to wprowadzałem rulonik i polecałem pacjentowi szczelnie zamknąć usta. Subjektywne wrażenia podawane mi przez inteligentnych pacjentów były prawie równobrzmiące. Ostre działanie na błony śluzowe przedsionka, tchawicy, nosa i oka i silny początkowo ból w okolicy chorego zęba. Pacjenci mieli wrażenie, jakgdyby jakiś *agens* przenikał przez kość do szczytu korzenia. (Kontrolne zastosowanie Penetryny na zdrowych zębach bólu tego nie wykazywało). Po kilku minutach ból ten ustępował i chorzy podawali, że odczuwają znaczną ulgę.

U niektórych pacjentów mogłem przystąpić po kwadransie już do trepanacji zęba, w większości jednak przypadków zamawiałem pacjentów nazajutrz (ściślej po 24 godzinach) celem przeprowadzenia dalszego leczenia.

Bardzo rzadko tylko okazywała się potrzeba ponownego użycia Penetryny. Około 20 chorych po zastosowaniu Penetryny nie zgłosiło się do dalszego leczenia. Wywiad u tych pacjentów ustalił, że nie zgłaszali się z tego powodu, ponieważ bóle i podrażnienie zupełnie ustąpiły,

wobec czego sądzili, że niema potrzeby dalszego leczenia. Jest to nowym dowodem tego, że w niektórych przypadkach użycie samej Penetryny, bez następowego leczenia pacjenta, może być wystarczające.

W każdym razie należy uwzględnić, że okres obserwacji nie przekraczał 2 lat. Obserwacje więc kliniczne na materjale moich pacjentów prywatnych (raczej wrażliwych i przesadnych) wykazały, że w Penetrynie posiadamy bardzo cenny środek, który odpowiednio we właściwych przypadkach użyty, może nam oddać nadzwyczajne usługi przy przezwyciężeniu pierwszych trudności w stanach zapalnych ozębnej.

Wartość Penetryny jako środka leczniczego przy wypełnianiu korzeni wydaje mi się problematyczną, nie kwestjonując jednak wartości metody Dra. Linki.

Wyniki lecznicze ziarniniaków zapomocą Penetryny i arszeniku— jako rentgenologicznie dotychczas nie sprawdzone — wymagają bezwzględnie dalszych obserwacyj i dokładnych klinicznych badań. Nie ulega wątpliwości, że w razie sprawdzenia zapodań Dra. Linki, mielibyśmy w kombinacji Penetryny i arszeniku bardzo prosty i łatwy środek leczenia ziarniniaków.

ZUSAMMENFASSUNG

Klinische Beobachtungen bei Behandlung der Wurzelhautentzündungen mittels „Penetrine" nach dr. Linka:

Der Autor bespricht die Unzulänglichkeit unserer bisüherigen Behandlugsmethoden der Wurzelhautentzündung und begrüsst als willkommenen Fortchritt das Präparat „Penetrin" nach Dr. Linka (Trieste). Nach Darlegung der Zelluarkosentheorie—folgen Klinische Beobachtnungen über die Wirkungsweise des Penetrins während der Beobachtungszeit von zwei Jahren. Bei richtiger Anwendungsweise und entsprechender Indication lassen sich die besten Resultate erzielen.

Der Autor empfichlt den Zahnarzten Polens wärmstens die Erprobung des Präparates.

ZAST. PROF. DR. M. ZEŃCZAK
Państwowy Instytut Dentystyczny. Warszawa. Katedra Ortodoncji.

Racjonalne wyciski dla dostawek płytkowych.

(Dokończenie.)

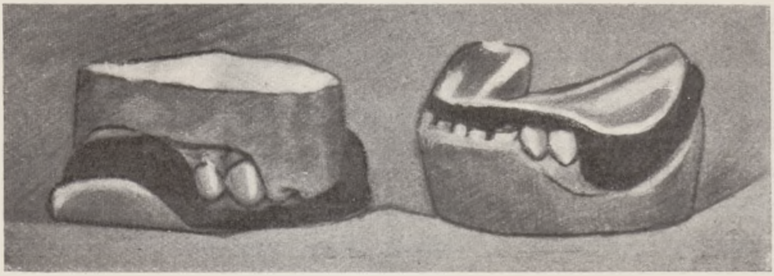
Na łyżkę nakładamy rozmiękczoną masę Kerra i odciskamy prowizoryczny model. Fig. 51. Rozmiękczanie masy powinno się odbywać w ciepłej wodzie, a nie nad płomieniem ognia. Gorąco suche spowoduje ulatnianie się niektórych składników masy bardziej lotnych, tem samem wpływa ujemnie na jej jakość. Masę rozmiękczoną przegniatamy w palcach, by tem samem ewentualną zawartość wody usunąć i uformowaną w kształt kuli dla łyżki górnej, a wałka dla dolnej — układamy w podgrzanej nieco łyżce. Grubość warstwy masy powinna wynosić co najmniej jeden centymetr. Łyżkę z masą wciskamy na prowizoryczny model, uprzednio przesycony wodą. Użycie waseliny jako warstwy izolacyjnej, zabezpieczającej przed sklejeniem się masy z gipsem modelu, jest niewskazane ze względu na zacieranie się ostrości konturów wycisku. Zanurzenie modelu na kilka minut do wody i przepojenie go wilgocią, zabezpieczy w zupełności od przyklejenia się masy. Zaznaczone kontury płytki na modelu odbiją się na masie. W odstępie 1 cm. od zarysu oraz brzegów łyżki nadmiar masy ścinamy.

Tak ukształtowany wstępnie wycisk, odciskamy następowo w ustach. Powierzchnię masy osuszoną rozmiękczamy nad płomieniem szerokim lampki spirytusowej na płaskich przestrzeniach, a ogniem szpiczastym przy pomocy dmuchawki w zagłębieniach. Fig. 52. Jeśli masa jest wilgotna lub też płomień za gorący, tworzą się na powierzchni pęcherzyki, pozostawiające później nierówności w wycisku. Podgrzaniem dochodzimy do uzyskania miękkiej powierzchni o równomiernej grubości z twardem podłożem, co daje kontury bardziej ostre w wycisku, aniżeli przy masie całkowicie rozmiękczonej.

Ażeby nie oparzyć ust przez zbyt gorącą powierzchnię masy, zanurzamy wycisk na kilka sekund do ciepłej wody o temp. 63° C. i następnie wprowadzamy do ust. Usta musiały być uprzednio przygotowane, t. zn. osad kamienia z zębów zdjęty. Po wprowadzeniu łyżki do ust, uciskiem uzyskujemy dokładne odbicie się odnośnych części w masie. Ażeby uzyskać granicę błony śluzowej ruchomej w przedsionkach, odciągamy policzki, a ze strony dna jamy ustnej w szczęce dolnej po-

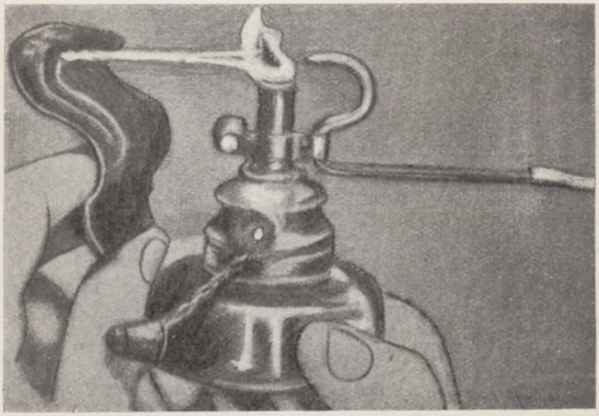
lecamy wykonać ruchy językiem, przytrzymując jednocześnie łyżkę w położeniu.

Dla przeprowadzenia deformacji miejsc podchodzących przy zębach nachylonych, unosimy wycisk lekko, a następnie wciskamy



Rys. 51. Odciśnięcie modelu prowizorycznego w masie na łyżce ułożonej. (E. Kennedy).

w dawne położenie, unosząc kolejno po przerwach naciskowych 15-sekundowych trzykrotnie i za każdym razem coraz wybitniej uzyskamy

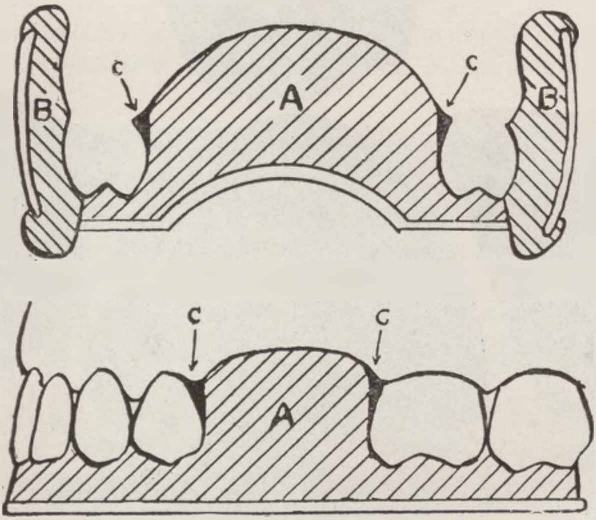


Rys. 52. Rozmiękczanie wgłębień w masie dmuchawką. (E. Kennedy).

pożądane deformacje i pozwalamy wyciskowi stwardnąć w ustach. Jakość nachylenia zębów i analiza ułożenia ich na modelu prowizorycznym, dały nam możność zorjentowania się, w jakim kierunku wycisk wyjmując, uzyskamy najmniejsze deformacje. Te dane kierowały na-

mi również przy uprzedniem unoszeniu wycisku deformacyjnem. Fig. 53.

W ten sposób został dokonany wycisk główny z przestrzeni na pokrycie dostawką przypadających. Dla uzyskania odbicia dalszych odcinków, t. zn. ścian przedsionkowych zębów, ścinamy nadmiar masy, wyciśnięty z brzegów poza krawędź policzkową powierzchni żujących, względnie siecznych zębów ostrym nożem, tworząc powierzchnię gładką dla ułatwienia dobrego przylegania następowych odcinków wy-



Rys. 53. Schemat wycisku.
A — główny, B — boczne, C — deformacje.
(E. Kennedy).

cisku bocznego. Masę wyciskową na odcinki boczne wprowadzamy na blaszkach cynowych. Z blachy cynowej 0,5 mm. grubej wycinamy pasek, wielkością odpowiadający powierzchni wyciskowej. Na nią nanosimy 1 cm. grubą warstwę masy Kerra, która ma obejmować nieco brzegi, dla lepszego wzajemnego umocowania się.

Po wprowadzeniu wycisku głównego na miejsce w ustach, dociskamy masę odcinka bocznego na płytce cynowej tak, by szczelnie przylgnęła do zębów i do brzegów wycisku. Po stwardnięciu masy wyjmujemy i, jeżeli zachodzi potrzeba odciśnięcia dalszego odcinka, brzeg przypadający do zetknięcia ścinamy, ażeby wydostać szeroką gładką płaszczyznę. Zwykle wystarcza dokładne odciśnięcie powierzch-

ni przedsionkowych zębów, mających być zaopatrzonemi zaczepkami bez uwzględnienia pozostałych.

Dla odciśnięcia zębów pojedynczych, względnie małych odcinków, układanie masy na blaszkach jest zbyteczne, a przyciśnięcie kawałka

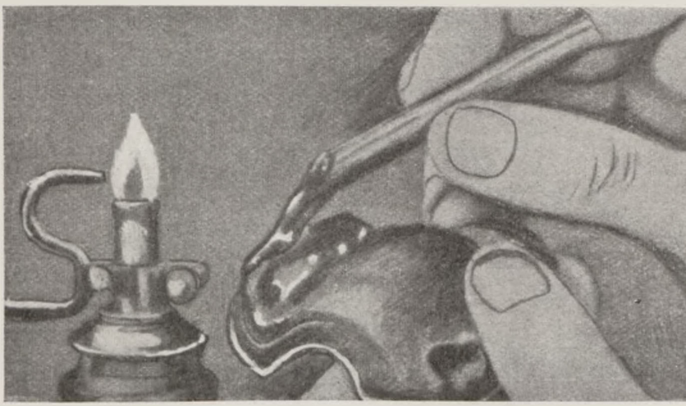


Rys. 54. Poszczególne części wycisku.
Przypadek trudniejszy wymagający 4-ch części dla uzyskania całości.
(E. Kennedy).

masy palcem wystarcza. Odcinki większe, obejmujące cały przedsionek, odciskamy kolejno, t. zn. boczne ze strony prawej i lewej wpierw, a następnie środkowy. Przy odcinkach dłuższych może nam pewna część w wycisku odbić się niedokładnie, wówczas podgrzewamy z lekka tylko niedokładną część i uciskiem palca na wycisk w usta włożony, uzyskamy przegięcie podatnej cynowej blaszki i odciśnięcie dokładne. Fig. 54. Małe niedokładności — pęcherzyki — wycisku, lub za niskie brzegi, dobudowuje się nanoszeniem zielonej masy Kerra z pałeczki podgrzanej. Fig. 55. Po wyjęciu z ust wszystkich odcinków wycisku, powinno nastąpić natychmiastowe kontrolne złożenie poszczególnych części w całość, ażeby nie być zaskoczonym później jakąś niedokładnością.

Opis wykonywania wycisku trwał nieco długo, w istocie zaś wzięcie takowego w ustach nie zajmuje dłużej, jak pół godziny. A zatem w całości wykonania dostawki na czasie się zyskuje, bo odpada utrata czasu na spiłowywanie gotowej przy oddawaniu. Wielką przytem ma się satysfakcję, oddając odrazu dostawkę idealnie przylegającą i funkcjonalnie dobrą bez żadnych zmian ani poprawek. Dobre przyleganie bez wyważania, jest bardzo ważne dla zębów. Ząb bowiem, z miejsca przez płytkę raz wzruszony, nie umocuje się, a pozostanie chwiejącym się.

Ostrość konturów w wycisku, uzyskanym masą przy dokładnem wykonaniu postępowania wyciskowego, nie ustępuje gipsowi. Branie



Rys. 55. Dodawanie zielonej masy Kerra na zbyt niskim brzegu.

wycisku masą jest dla chorego przyjemniejsze, a dla nas wygodniejsze z powodu możności uzupełnienia niedokładności.

Do uzyskania wycisku gipsem, dochodzimy bezwzględnie w czasie krótszym i ta główna zaleta daje ciągle jeszcze mu pierwszeństwo u wielu praktyków. Z tego względu należy się zastanowić nad możnością uzyskania pożądanych deformacji dostawki przy wycisku gipsem. Jako myśl pierwsza rzuca się — wyjąć wycisk gipsowy z ust przed stwardnięciem, przez co miejsca podchodzące oderwą się. Pomijam niemożność zachowania przy wyjmowaniu wycisku kierunku, zmierzającego do uzyskania zniekształceń jak najmniejszych, a koniecznych tylko dla późniejszego wprowadzenia dostawki. Wyjęcie wcześniejsze przed stwardnięciem gipsu nie daje mu dostatecznie ostrych rysów

i przy odrywaniu się części podchodzących, odejdą i zamażą się miejsca ważne i potrzebne do wykonania dostawki i zaczepek. Przyleganie więc dostawki do zębów będzie niedokładne, zarówno jak też i wykonanie umocowań — zaczepek ucierpi z powodu niedokładności kształtu zębów na modelu. A zatem wyjęcie wycisku jest konieczne po stwardnięciu zupełnem gipsu w ustach. Przychodzi dalej ewentualność zeskrobywaniu gipsu w wycisku już złożonym z miejsc podchodzących. W takim wypadku nie mamy żadnej orjentacji, czyśmy za dużo lub za mało zeskrobali. Gdy zbyt dużo ucierpi dokładność przylegania do zębów, za mało nie uchroni od konieczności spiłowywania dostawki gotowej. To zabiegi poprawek wycisku gipsowego nie prowadzą więc do celu.

Przy nachyleniu zębów aproxymalnem, t. j. ku sobie w stronę luki, można wkładaniem kawałków wosku lub masy Kerra między nachylone zęby i kilkakrotnem wyjmowaniu, uzyskać deformację odnośnych ścian, pozwalającą na wyjęcie kawałka po zupełnem stwardnięciu masy. Wycisk wzięty z odnośnym kawałkiem w ustach, da możność później ułożenia w wycisku i odtworzą się pożądane zniekształcenia zębów, nachylonych aproxymalnie. Ten sposób jednakże jest niewykonalny przy nachyleniu lingualnem zębów.

Nie mając więc możności uzyskania pożądanych zniekształceń w czasie brania i na samym wycisku należy przejść do ewentualności czynienia zmian na modelu, względnie formie woskowej dostawki.

Na modelu anatomicznym, osiągniętym z wycisku gipsowego, możemy uzyskać zmiany brzegów w wosku przez wyjmowanie i wciskanie tegoż w stanie plastycznym z następowem ostudzeniem dla stwardnięcia. Po tym zabiegu odłamujemy zęby i nalewamy świeży gips, kształtując zęby według uzyskanych deformacji wosku.

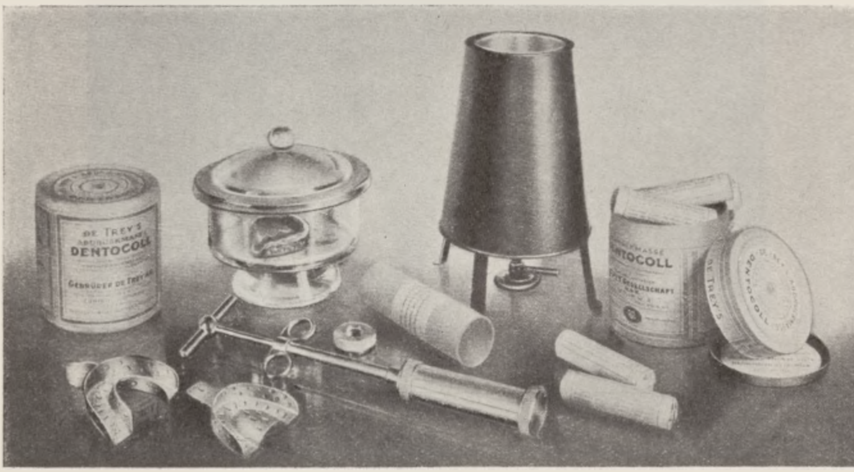
Wykonanie zabiegu deformacyjnego jest wskazane uskutecznić na płytce z ustawionemi zębami i umocowaną zaczepką, ponieważ po odłamaniu zębów traci się wszelką kontrolę ustawienia oraz możność zrobienia zaczepki.

W zasadzie podobnem do tego jest postępowanie Wustrowa. Na model gipsowy nanosi wosk i przez zdjęcie płytki uzyskuje starcie brzegów wosku z miejsc podchodzących. Przy wykonaniu tego powleka się model tłuszczem, względnie zwilża wodą, ażeby się wosk nie przyklejał. Następnie roztopiony wosk w miseczce pendzelkiem nakrapia na model. Dla wzmocnienia płytki wosku wtapia Wustrow siatkę drucianą. Grubość płytki woskowej tak powstającej, określa się prze-

świecaniem na światło. Przez wyjmowanie i wkładanie takiej płytki na model ścierają się miejsca podchodzące. Płytkę woskową Wustrow wulkanizuje bez modelu i gotową dostawkę próbuje na modelu.

Temi sposobami na modelu można uzyskiwać również celową deformację brzegów. Deformacja w wosku, podobnie jak przy wycisku masą Kerra, nie musi iść przez wyjmowanie płytki tylko w kierunku pionowym, może to być ukośne lub obracające.

Sprowadzając ścisłe przyleganie dostawki do zębów, zmniejszamy



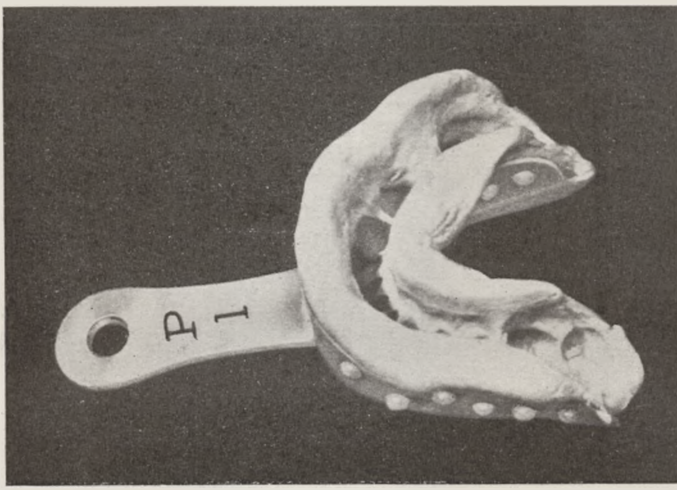
Rys. 56. Komplet przyrządów do wycisku Dentocollem.

ilość potrzebnych klamer do umocowania i uchylamy się od szkodliwego działania wyważania zębów.

Modele anatomiczne wierne, można uzyskiwać również przy pomocy masy żelatynowej Dentocoll. Fig. 56.

Masa Dentocoll w stanie swym stałym jest elastyczna i poddaje się przy przechodzeniu koło zakrzywień zębów w czasie wyjmowania wycisku, by wrócić do dawnego kształtu po ominięciu przeszkody. Masa koloru różowego jest w handlu w postaci wałków, owinięta folją cynową i papierem pergaminowym i przechowywana w puszkach hermetycznych. Ze względu na zmianę jakości masy przez utratę wody w niej zawartej, przechowywanie w wilgocią przepełnionej puszce jest konieczne. Dla możności użytkowania, wałek masy po zdjęciu pokrywy papieru i folji cynowej, wkłada się do mieszadła. Mieszadło jest w rodzaju pompki z tłokiem dziurkowanym. Włożeniem miesza-

dła z masą do wody gotującej się i pozostawieniem w niej przez 4 minuty, uzyskujemy rozmiękczenie masy, a przez następowe energiczne poruszanie tłoka sprowadzamy dokładne rozmieszanie. Masa w tym stanie jest półpłynna. Dla osiągnięcia stwardnienia tejże do konsystencji śmietany, a więc do stanu wyciskowego, ostudzamy w chłodnej wodzie, mieszając kilkakrotnie, ażeby chłód zewnętrznych warstw, przylegających do ścian mieszadła, rozprowadzić na całą zawartość masy.

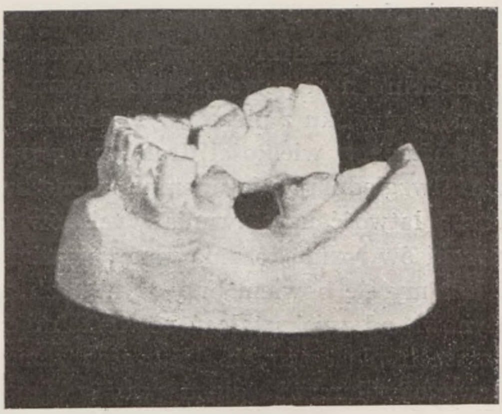


Rys. 57. Wycisk uzyskany masa Dentocoll.

Po uzyskaniu temperatury 45° — 50° C., a więc możności utrzymania rury mieszadła w dłoni bez osłony szmatką, wyciskamy masę na łyżkę wyciskową.

Ponieważ masa do łyżki się nie przykleja, muszą być używane łyżki z otworami, względnie nacięciami, dającemi utrzymanie mechaniczne. Dłonią lub palcami zwilżonemi wciskamy masę do łyżki tak, by przecisnęła się przez otwory, tem samem zyskała umocowanie. Jeżeli masa okaże się przy wyciskaniu na łyżce ziarnistą, a nie spoistości śmietany, t. zn. jest zbyt chłodną i należy podgrzać od początku. Po naniesieniu na łyżkę i wciśnięciu, powierzchnię wygładzamy palcami i wciskamy wprowadziwszy do ust uciskiem stałym, powolnym— w przeciągu 1 — 2 minuty. Następnie ostudzeniem chłodną wodą ze strzykawki sprowadzamy stwardnięcie masy. Dla wyjęcia wycisku podważamy uciskiem palca na boczne brzegi łyżki. Elastyczność masy

pozwala na usunięcie wycisku bez zniekształcenia w całości. Fig. 57. Wyjmowanie wycisku pociąganiem za trzonek, jest niewskazane z powodu możności odchylenia się masy częściowo od ścian łyżki, równoznacznego z zepsuciem wycisku. Z powodu bowiem nacięć, masa w dawne położenie do łyżki wcisnąć się nie daje. Wrażliwość masy na utratę wilgoci i kurczenie się przytem zmusza do odlania modelu bezpośrednio lub też do przechowywania wycisku w międzyczasie w naczyniach szczelnie zamkniętych z dnem wyścielonem zwilżoną watą. Gips zarobiony dla uzyskania modelu wlewa się do wycisku bez



Rys. 58. Model z wycisku Dentocollem. Nachylenie zębów w stronę luki na modelach odtworzone wyraźnie.

środków izolacyjnych. Z modelu po stwardnięciu gipsu masa zdejmuje się łatwo odchodząc kawałkami. Masa daje się kilkakrotnie używać, a zabieg gotowania dla rozmiękczenia jej sprowadza równocześnie sterylizację tejże. Z całego przebiegu postępowania wyciskowego, wynika łatwość jej stosowania i konieczność zwrócenia głównej uwagi jedynie na spoistość masy wprowadzanej do ust. Zbyt gorąca sprowadzi oparzenie, gdy zbyt chłodna, staje się twardą i nie da nigdy dobrego wyniku wyciskowego. Łatwe uzyskanie wprawy wyciskowej można osiągnąć kilkakrotnem zdjęciem wycisku z modelu gipsowego. Wówczas możemy bowiem wzrokiem najlepiej kontrolować przesuwanie się masy wciskanej na model przy prawidłowej jej konsystencji, na uchwyceniu której nam właśnie zależy. Nauczymy się więc odrazu określać ręką dobrą ciepłotę dla stanu wyciskowego masy. Ażeby masa do mo-

delu się nie przykleiła, należy go zwilżyć przez zanurzenie do wody na kilka minut. Przyklejenie się masy do zębów lub błony śluzowej w ustach, jest również uzależnione od suchości, należy więc polecić przepłukać usta wodą chłodną bezpośrednio przed zabiegiem wyciskowym.

Modele uzyskane z wycisku masą Dentocoll są dla wykonywania na nich robót protetycznych zdatne i mówimy, że są anatomicznie wierne. Fig. 58. Ściśle anatomicznie wierne one nie są, bo masa przy twardnięciu się kurczy i model gipsowy uzyskujemy przez to nieco większy — w granicach jednakże nie wpływających ujemnie na jakość wykonywanej roboty.

O kurczeniu się masy możemy się łatwo przekonać przez wykonanie wycisku z modelu i następowe odlanie gipsem. Porównując model świeżo uzyskany z wycisku z pierwotnym modelem, zauważyć możemy z łatwością różnicę w wielkości drobnych wypukleń lub zagłębień na modelach. Uwzględniając jej ujemną stronę kurczenia się i jako główną dodatnią łatwość uzyskiwania wycisków przy dokładnem przestrzeganiu przepisów rozmiękczania masy, uważam stosowanie jej za wskazane. Uchylamy się bowiem przy wyciskach zgryzowych branych masą żelatynową od zniekształceń powierzchni żujących, występujących przy masach plastycznych. Używając zamiast gipsu uchylamy się od niewygody łamania gipsu przy zdejmowaniu wycisku w ustach, jako też następowo przy odłupywaniu z modelu. Deformacje konieczne dla wprowadzenia dostawki płytkowej, muszą być wykonywane na modelu w uformowanej w wosku dostawce jednym ze sposobów wyżej wspomnianych.

Schematy rycin do pracy niniejszej wykonała p. J. Galasińska, asyst. P. I. D.; której składam podziękowanie.

KRÓTKIE STRESZCZENIE.

Rodzaj wycisku dla dostawki płytkowej przy szczękach bezzębnych musi być uzależniony od stopnia zaniku szczęk.

1) Przy wyrostkach zębodołowych wybitnych, stosuje się wycisk na zwykłych łyżkach. Utrzymanie dostawek następuje działaniem siły przylegania. W górnej przy próbach ściągnięcia przychodzi do działania umocowującego siły ciśnienia atmosferycznego przez rozrzedzenie

powietrza między dostawką a podniebieniem. Ściany przedsionkowe wyrostka zębodołowego pionowe utrzymują przyleganie brzegów dziąsłowych dostawki do błony śluzowej na pewnej przestrzeni i nie dopuszczają wciśnięcia się powietrza pod płytkę ściąganą.

2) Przy zanikłych wyrostkach zębodołowych. a błonie śluzowej sklepienia twardego podniebienia niepodatnej, należy brać wycisk funkcjonalny gipsem na łyżce szelakowej. Poprowadzeniem brzegów wycisku do granic fizjologicznej ruchomości błony śluzowej, wykorzystuje się do umocowania siłę ciśnienia atmosferycznego prócz siły przylegania.

3) Przy zanikłych wyrostkach zębodołowych i błonie śluzowej podniebienia twardego podatnej, najlepszym będzie wycisk masą plastyczną, celem wywarcia ucisku unoszącego podatne miejsca siłą nagryzania na wałki umocowane na łyżce indywidualnej. Utrzymanie następuje w szczęce górnej siłą przysysania, przez ułożenie brzegów w przedsionku w granicach fizjologicznej ruchomości błony śluzowej, a brzegu tylnego przez wciśnięcie w podatne miejsca. W szczęce dolnej do umocowania wykorzystany jest ucisk policzka przez wyzyskanie podatności w przedsionku odcinka między żwaczem a fałdami policzkowemi.

Wycisk dla dostawek częściowych, najlepsze wyniki daje przez zastosowanie metody wycisku odcinkowego.

Przy wycisku gipsem lub Dentocollem, zniekształcenia brzegów, konieczne dla wprowadzenia dostawki, muszą być uzyskane woskiem na modelu.

KURZE ZUSAMMENFASSUNG.

Die Abdruckmetode für totalen Ersatz wird nach dem Grade der Kieferatrophie entschieden.

1 Bei stark ausgebildeten Alveolarkämmen kommt der gewöhnliche Gipsabdruck in Betracht. Der Halt der Prothesen wird durch Adhäsionskraft zu Stande gebracht. Bei der oberen Prothese beim Herunterziehen ensteht eine Saugewirkung, weil die parallelen Seitenwände der Alveolarkämme den Luftzutritt unter die Prothese hemmen.

2) Bei atrophischen Alveolarkämmen und unnachgiebiger Schleimhaut des harten Gaumens wird ein Fuktionsabdruck mit Schel-

lacklöffel gemacht. Die eingelegten Ränder der Prothese in beweglicher Schleimhaut an der physiologischen Grenze erlauben den atmosphärischen Druck zum Halten, ausser Adhäsion auszunützen.

3) Bei atrophischen Alveolarkämmen und nachgiebiger Schleimhaut des harten Gaumens muss der Abdruck mit plastischer Masse unter Kaudruck genommen werden. Die hintere Grenze der oberen Prothese kann in nachgiebiger Schleimhaut des harten Gaumens beendigt werden. Die Seitenwände reichen bis zur physiologischen Grenze der beweglichen Schleimhaut. Bei der unteren Prothese wird zum Halten der Prothese der Wangendruck ausgenutzt, da der Wangenrand sich beim Abdrucknehmen in den Raum zwischen Masseter und den bukkalen Falten eingebettet hatte.

Die Abdruckmetode für partiellen Ersatz muss die sektionelle mit Kerrmasse als beste betrachtet werden. Nach Abdrucknahme mit Gips oder Dentocoll müssen die nötigen Deformierungen zum Einführen der fertigen Prothese im Wachs am Modell durgeführt werden.

Z KAZUISTYKI EKSTRAKCYJNEJ

Wiadomo, że jeden przypadek rzadko kiedy bywa zupełnie podobny do drugiego. Zawsze istnieją jakieś drobne różnice, które mogą sprawę, zupełnie zdawałoby się prostą i łatwą, wikłać i utrudniać. Usuwanie zębów, nie stojących w szeregu, przeważnie nie zalicza się do zabiegów trudnych: okoliczności jednak szczególne mogą zabieg zasadniczo przekształcać. Rzecz dotyczyła dwuguzkowca drugiego dolnego lewego, wytrąconego z szeregu, zwróconego koroną w stronę języka, pochyłonego do płaszczyzny zgryzu pod kątem w przybliżeniu 45^0. Rentgen, wykonany w paru projekcjach, wykazał korzeń długi, lekko zakrzywiony ku tyłowi, wierzchołkiem sięgający poza obręb przedniego korzenia trzonowca. Odległość dwuguzkowca pierwszego od trzonowca nie przenosiła 2 mm. Korona dwuguzkowca drugiego, bardzo ściśle przylegała do koron zębów sąsiednich. O nałożeniu najwęższych nawet cęgów mowy być nie mogło z powodu zupełnego braku miejsca. Usunięcie tego zęba było wskazane ze względu na to, że z powodu krótkości szczęki podczas wzrostu zęba mądrości wywarte zostało nad-

mierne ciśnienie na zęby sieczne, które zaczęły się skrzywiać i pochylać, grożąc wyjściem z szeregu. W warunkach zwykłych oczywiście należało się w podobnym przypadku posługiwać dźwignią, wprowadzając ją pomiędzy ząb omawiany i zęby sąsiednie. Tego jednak uczynić nie można było: trzonowiec oddawna już miał dużą plombę, wychodzącą na powierzchnię żującą, otoczoną zaledwie cienką warstwą szkliwa i, być może, zębiny. W jednem miejscu nawet kawałek bocznej ściany był ułamany, co wskazywało wyraźnie, że na nim opierać się nie można. Dwuguzkowiec pierwszy z powodu nacisku od tyłu (wzrost zęba mądrości) po przez pochyłą powierzchnię dwuguzkowca drugiego został odepchnięty nazewnątrz i ponieważ proces ów trwał wciąż jeszcze, nie mógł się umocować w nowej nieustalonej pozycji: chwiał się i z tego powodu również nie mógł być użyty za podstawę dla dźwigni. Postanowiłem ząb brać kleszczami. W tym celu wprowadziłem pomiędzy trzonowiec i dwuguzkowiec drugi gumę używaną do rozsuwania zębów: najpierw cienką, potem grubą. Po paru dniach dodałem jeszcze takąż gumę pomiędzy oba dwuguzkowce. W ten sposób uzyskałem przestrzeń potrzebną do założenia na koronę dwuguzkowca drugiego kleszczy (do siekaczy górnych, jako najbardziej płaskich) i w ten sposób bez obawy uszkodzenia zębów sąsiednich go usunąłem.

Dr. L. Brennejsen.

DZIAŁ STRESZCZEŃ

W. F. DUNLOP. **Ropotok zębodołowy.** *(Alveolarpyorrhoe).* Correspondenzblat f. Z. 1929 — 10.

Ropotok zębodołowy może być skutecznie leczony jeśli będzie należycie i naukowo ujęty. Pomimo licznych badań etjologja tego schorzenia nie jest nam dotychczas znana. Fakt, że schorzenie to spotkać można zarówno w obecności jak i w braku kwasu moczowego, w wieku młodym, średnim i u starców, u cierpiących na niedokrwistość, jak i u pełnokrwistych — wszystko to przemawia za tem, że jest to schorzenie lokalne, a nie ogólne. Być może, że przy głębszych studjach nad

drobnoustrojami jamy ustnej i gardła, krtani i przełyku da się wykryć przyczynę. Dotychczas jednak udało się tylko dojść do metody, która prowadzi szczęśliwie do wyleczenia. Sama nazwa nie jest dokładna, oznacza bowiem jeden z objawów, a nie istotę choroby. Autor uważa, że naukowo uzasadnioną byłaby nazwa: „Załamanie kostnych ścian naokoło zęba naskutek infekcji“. W każdym bądź razie nie jest to choroba szczęki, prędzej rusztowania kostnego.

Obraz typowy grupy zębów, dotkniętych tą chorobą, wygląda: niektóre z zębów wystają ku przodowi, inne skręcone i wepchnięte ku tyłowi, tkanka dziąsłowa zmieniona w kolorze, cofnięta, obecność kieszonek dziąsłowych. Badanie kieszonki wykazuje zanik kości wyrostka zębodołowego wokoło zęba, wydzieliny ropne, rozpad tkanki kostnej. Badając dokładnie dziąsła, można zauważyć niekiedy wyraźną ciemną linję równoległą do brzegu dziąsłowego, a wskazującą kierurunek infekcji.

Leczenie polega na wstrzymaniu procesu infekcyjnego, to zn. na dokładnem *usunięciu produktów infekcji, oczywiście bez uszkodzenia tkanek.* Przepłókując kieszonkę gazem boraethylu usuwa się te delikatne resztki, które nie zostały usunięte instrumentem. Następnie należy wprowadzić do kieszonki pastę — pastę Dunlopa, w skład której wchodzi gliceryna, kwas borny i olej miętowy, a na wierzch jako przykrycie preparat parafinowy, który przylega dobrze do zębów, odpycha luźne dziąsło od zębów i zapobiega ponownemu wtargnięciu mas infekcyjnych. To jest leczenie w czasie pierwszego posiedzenia.

Skutek wprowadzonej do kieszonki wilgotnej pary jest swoisty i bardzo cenny. Przez wdmuchiwanie tworzy się osad na ściankach wewnętrznych kieszonki, para natomiast przenika do najwęższych przestrzeni tkanek otaczających. Pasta, wprowadzona do kieszonki, posiada własności wchłaniania wilgoci, przyjmuje więc w siebie trujące produkty i przez to uniemożliwia przedostanie się ich do krwiobiegu.

Na drugi lub trzeci dzień, kiedy objawy stopniowo ustąpiły, można stosować suchy tlen.

Wpływ tlenu na system naczynioruchowy jest duży, gdyż prawie natychmiast zmienia stan statyki dopływu krwi do schorzałych części dziąseł, skutkiem czego następuje przekrwienie powyższych okolic. I jak długo taki stan trwa dodawać tlenu nie należy. Po kilku dniach można stwierdzić ustąpienie objawów chorobowych.

Wszystko powyższe musi być stosowane z wielką rozwagą. Tak długo, póki są jeszcze złogi kamienia, należy wciąż stosować pastę, a to w tym celu, by one bez obrażenia dziąseł usunięte być mogły. Parafina zaś ma w tym przypadku takie same znaczenie, jak w leczeniu ran gazą jodoformową, przy pomocy której prowadzimy gojenie rany *„per secundam. intentionem"*. Gojenie więc zaczyna się od dna kieszonki. Tam też rozpoczyna się odbudowa zniszczonych tkanek kostnych. Odbudowa idzie bardzo szybko i często po kilku dniach można stwierdzić nowotworzenie tkanek.

Str. Dr. M. Kalisz (Łódź).

SPRAWOZDANIE Z MIĘDZYNARODOWEGO KONGRESU STOMATOLOGICZNEGO W BUDAPESZCIE

W czasie od 2 — 7 września r. b. odbył się w Budapeszcie I Międzynarodowy Kongres Stomatologiczny. Udział w Kongresie brało 22 narodowości, tworząc ogólną liczbę uczestników około 1.500 osób. Z Polski przybyło tylko 8 osób. Na uroczystem otwarciu Kongresu powitał zebranych przewodniczący prof. Szabó z Budapesztu, a następnie przemawiali przedstawiciele poszczególnych narodowości i delegaci niektórych uniwersytetów. Polaków reprezentował prof. A. Cieszyński, przemawiając w języku polskim i francuskim. Głównemi tematami obrad Kongresu były przeważnie tematy chirurgiczne, to jest złamania, transplantacje kostne szczęk, leczenie chirurgiczne stawu szczękowego, krytyka znieczuleń i t. p. Szczególną uwagę zwrócono na metodę transplantacji kości doc. E r t h a z Budapesztu. Autor, wychodząc z zasady rozsysania się kości wszczepionych, przeszczepia okostną zwiniętą w rulon i zszytą w ramie z brzegami okostnej pozostałych części szczęki. Uzyskane w ten sposób transplantaty kostnieją w ciągu 6 tygodni, dając znikomy procent ujemnych wyników.

Ponadto wygłoszono szereg referatów w pięciu sekcjach:

W sekcji chirurgicznej szerzej omawiano narkozy: gazem rozweselającym, gewäthylem oraz „Hedonalem", który stosuje się *per rectum.*

W dziedzinie dentystyki zachowawczej więcej uwagi poświęcono

metodom leczenia diatermią i wypełnianiu przewodów sproszkowanem srebrem.

W sekcji technicznej na wyróżnienie zasługiwała praca dr. R. Grohsa z Wiednia, w której autor podaje wyniki badań nad wartością wycisku uciskowego, poparte przezroczami histologicznemi. Dostawki wykonane według tej metody wyciskowej spowodowują zanik kości podniebiennych, w miejscach podatnych okolic podniebienia, a ucisniętych przy braniu wycisku i przerost tkanki łącznej zbitej na przebiegu wyrostka zębodołowego. Stąd wniosek, że dla wycisku w szczęce górnej jedynie odpowiednim jest materjał najbardziej miękki.

Bardzo efektowne były pokazy ceramiki dentystycznej dr. Gutowskiego i mosty do zdejmowania doc. Loosa. Wielkie zainteresowanie budziły również protezy ze stali nierdzewiejącej, omawiane przez dr. Hauptmeyera.

W sekcji ortodontycznej porównywano diagnostykę gnathostatyczno-fotometryczną prof. Simona z djagnotyką opartą na wykresach niektórych określonych punktów twarzowych w stosunku do punktu usznego.

Przy omawianiu metod leczniczych podkreślano siłę działania aparatów ortodontycznych w myśl biologicznie dobrego wpływu na tkankę kostną. Według dr. A. M. Schwarza najodpowiedniejszą jest siła równoważna 3 — 4 gr., z tego względu jako jedynie uzasadnione pozostaje stosowanie aparatów regulacyjnych *sprężynkowych*. Jako materjał sprężynkowy prof. Simon propaguje metal Wipla

Oprócz czysto teoretycznych rozważań naukowych odbywały się demonstracje operacji kostnych na klinikach chirurgicznej i stomatologicznej i pokazy z dziedziny protetyki i ortodoncji w Zakładzie Kliniki Stomatologicznej i w sali wystawy naukowej.

Nie bacząc na wielką ilość wygłoszonych referatów dało się jednak odczuć brak szeregu równie ciekawych tematów, zgłoszonych przez lekarzy niemieckich, którzy z niewiadomych przyczyn udziału w Kongresie nie wzięli.

Na wysokim poziomie postawioną była wystawa naukowa z eksponatami z zakresu chirurgji, ortopedji szczękowej, ortodoncji i paradontozy.

Na wystawie przemysłowej obficie zaopatrzonej w nowości dentystyczne na wyróżnienie zasługiwał dział protez, aparatów ortodontycznych i wyrobu instrumentów ze stali Kruppa, — stoiska De Trey'a, White'a, Philips'a, Simensa, Hallera i wielu innych.

Strona organizacyjna Kongresu była na wysokości zadania, zarówno w części naukowej, jak i towarzyskiej.

Polacy doznali bardzo gościnnego przyjęcia. Opuścili Budapeszt, wynosząc z Kongresu poza korzyściami naukowemi, jak najlepsze wspomnienia.

Lek. dent. *Antonina Grzybowska*
St. asyst. kl. Ortod. Państw. Inst. Dent.

O c e n a.

Dr. med. dent. M. Brzeziński.

Postępy w zębolecznictwie zachowawczem XX wieku.

Pod powyższym tytułem ukazała się praca M. Brzezińskiego w języku niemieckim złożona na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu we Wrocławiu, celem uzyskania tytułu d-ra med. dent. W pracy tej autor omawia sprawy: 1) zapobieganie chorobom zębów i jamy ustnej; 2) środki pomocnicze przy badaniu i rozpoznaniu; 3) traktowanie nadwrażliwej zębiny; 4) bielenie zębów; 5) wypełnianie ubytków; 6) usuwanie, uległej zapaleniu, miazgi; 7) traktowanie kanałów korzeniowych; 8) wycinanie miazgi; 9) zachorzenia ozębnej przywierzchołkowe i 10) zachorzenia tkanek wkołozębowych. Daje on tu krótki przegląd rozwoju pojęć i stosowanych metod w każdej z wyszczególnionych dziedzin, jej stan dzisiejszy, oraz możliwości na przyszłość. Sposób przedstawienia krótki i zwarty daje jednak autorowi możność uwzględnienia wszystkiego, co stanowi istotną treść w danym zakresie. Poprzestajemy narazie na tej krótkiej wzmiance bibliograficznej, praca ta bowiem będzie umieszczona w całości na łamach „Przeglądu Dentystycznego".

A. M.

O czem piszą?

La Semaine Dentaire. 1931.

M. Fieschi: Promienie pozafjołkowe i pozaczerwone w zębolecznictwie i stomatologji (Nr. 17 — 19). — P. Rudman: Krwawiączka w dentystyce (Nr. 23). — G. Pitsch: Zapalenie zębodołu przewlekłe (Nr. 24). — F. Lawton: Most zdejmowany na zatrzaskach (Nr. 25). — G. Pitsch: Ziarniniaki (Nr. 30). — M. Rochette: Dwa przypadki neuralgji twarzowej, wyleczonej zastrzykami alkoholu Nr. 32). — J. Tellier: Dawne i nowoczesne poglądy na patologję schorzeń dziąsłowo-zębowych (Nr. 33). — A. Michel: Protezy sporne (O zaletach mostów dużych) (Nr. 34). — R. Vilar-Fiol: Ropotok. Zmiany anatomo-patologiczne w świetle mikroskopu i rentgenografji (Nr. 36). — P. Rudman: T. zw. zapalenie stawów zębowych (l'arthrite dentaire — zap. tkanek przyzębnych) (Nr. 37). — V. Lapierre: Jak można uniknąć raka ust i szczęk. (Nr. 39).

Die Fortschritte d. Zahnheilkunde. Tom VII, zeszyt 11. *Fritsch* i *Klughardt* piszą o koronach i mostach. *Köhler* rozpatruje błędy w protetyce. *Rosenthal* podaje parę nowości z zakresu protetyki porezekcyjnej oraz przytacza nowe sposoby uzupełniania braków w podniebieniu. *Schlmp* opisuje parę ciekawych przypadków złamania szczęk. W dziale streszczeń z prac polskich spotykamy pracę Janiny Galasińskiej „Przyczynek do powierzchni żującej korony czynnościowej", drukowaną w N-rze 2 „Przeglądu Dentystycznego" w roku 1930.

KSIĄŻKI NADESŁANE

1. *Bibliographie des livres français de médecine et de sciences.* Deuxième supplement. 1929—1931. Ouvrages publiés par les maisons J. B. Baillière & Fils, Doin & C-ie, Gauthier-Villars & C-ie. Le François, Legrand, Maloine, Masson & C-ie, A. Poinat, Vigot Frères. Section de Médecine du Syndicat des éditeurs. Hôtel du cercle de la librairie. 117, Boulevard Saint-Germain. Paris.

2. *A. Rytel i M. Dziewanowski.* O stosowaniu jodu w gruźlicy. Warszawa 1931.

3. *J. Tokarski.* Zagadnienie fosforytów niewiskich. Str. 224. Dwie mapy, 10 profili, 17 tablic i 22 rysunki w tekście. Wyd. Kosmosu. Lwów, 1931.

4. *Fédération Dentaire Internationale.* Bulletin. Paris 1931.

5. *Pamiętnik Stowarzyszenia Lekarzy Polskich* za rok 1930. Warszawa 1931.

6. *Cmunt* (Piszczany). Kuracja termiczna reumatyków w wypadkach dolegliwości sercowych i naczyń krwionośnych. Wykład na posiedzeniu Czeskosłowackiego Towarzystwa Balneologicznego i Klimatologicznego w Pradze 24 kwietnia 1931 r.

7. *Pamiętnik I polskiego Zjazdu w sprawie badania i zwalczania reumatyzmu* w Inowrocławiu 1930-IX. Pod redakcją prof. Jonschera.

8. *Prof. dr. Fr. Giedroyć.* Polski słownik lekarski. Tom I A—Ó. Wyd. Kasy im. Mianowskiego. Warszawa, 1931.

9. Polski Przegląd Radjologiczny. Tom VI. Zeszyt I. Pod Redakcją D-ra W. Zawadowskiego. Warszawa, 1931. Str. 132.

10. Spiess „Preparaty". Wykaz i opis szczegółowy preparatów wyprodukowanych przez firmę Spiess w Warszawie. 1931.

11. Prof. Corzado d'Aise (Naples-Italy) Dentistry and Orthodontia in medicine of the twentieth Century. Napoli 1930.

W SPRAWIE „PRZEWÓD CZY KANAŁ KORZENIOWY"

Twierdzenie d-ra L. Brennejsena, oparte na słusznych wywodach, że komunikacje rurkowe przez korzenie zębów, które to komunikacje służą do mieszczenia odnóżek miękoci (miazgi) zębowej, winny nazywać się „kanałami", w zupełności podzielam.

Kanałami korzeniowemi nazywają te części ustroju zęba Francuzi, Niemcy, a nawet Rosjanie „korniewoj kanał". Nazwa ta co do kości jest specyficzną. Wszak w żadnym słowniku nie znajdziemy „przewodów kostnych", a kanały i kanaliki kostne (Canales, Canaliculi

ossium), Canaliculi dentium, Canaliculi Haversa. Jest to pojęcie anatomiczne. Chociaż kanały nie koniecznie muszą być obwarowane ze wszystkich stron ścianami twardemi — kostnemi, bo są na kościach kanały — zwane żłobkami, rowkami, ale one są w mechanizmie ustroju anatomicznego kanałami, bo choć nie mają wszystkich 4-ch ścian kostnych, ale jedną włóknistą, to jednakże służą kanały te do umieszczania naczyń krwionośnych, w których płynie krew. Tylko kości obnażone przedstawiają na swych powierzchniach formy żłobków lub rowków.

Jeżeli u nas zaczęliśmy inną nazwę „przewód" przyjmować, to tylko dlatego, że zbyt chciano unikać jakoby „rosycyzmu", co nie było i nie jest podstawą naukową, ani praktyczną, ani też neologizmem. Jabym się jeszcze zastanowił nad synonimami: „komora czy jama miazgowa", a dalej „miazga czy miękoć zębowa".

Komora — camera fr. Chambre jest pojęciem formy zamkniętej — ograniczonej ze wszystkich stron. Natomiast jama (komora) — cavum nie ma pojęcia środowiska zamkniętego i ograniczonego, ale od niej mogą odchodzić kanały i kanaliki i to jest jeszcze jeden ważny argument, że odnóżki od cavum dentis są nie „przewodami" a „kanałami".

Tak samo można powiedzieć o miazdze zębowej. Miazga jest to substancja starta, zmiażdżona i niezdatna do funkcji fizjologicznej, tymczasem nasza pulpa jest organem żywym, nieuszkodzonym, posiadającym ustrój anatomiczny złożony, dostosowany do pełnienia ważnej funkcji w życiu zęba. Właśnie kiedy pulpa zamrze, kiedy podda się rozkładowi, wówczas jest ona oczywiście tylko miazgą. Miazgę Rosjanie nazywają „miakot'" i mojem zdaniem nazwa ta jest daleko słuszniejsza i logiczniejsza, albowiem miękoć jest substancją miękką, nie pozbawioną żywotności.

Jan Ligęza,
lekarz dentysta.

Dobre, 4. V. 1931.

KOMUNIKAT KASY CHORYCH M. WARSZAWY

KASA CHORYCH
M. WARSZAWY
SOLEC 93 № TEL. 860-79
DZIAŁ LEKARSKI
№
W odpowiedzi należy powołać się na powyższą liczbę w całości.

Warszawa, d. w grudniu 1931 r.

DO
PANA REDAKTORA
„PRZEGLĄDU DENTYSTYCZNEGO"
w miejscu.

Szanowny Panie Redaktorze!

Wobec nieścisłych wiadomości, zjawiających się od czasu do czasu w prasie fachowej i codziennej o Proteziarni Dentystycznej Kasy Chorych m. Warszawy oraz o zębach i materjaałch, stosowanych do wyrobu protez dentystycznych — uważałem za wskazane zwrócić się do wybitniejszych lekarzy-dentystów z prośbą sprawdzenia stawianych zarzutów i w tym celu prosiłem kilku PP. Kolegów, nienależących do grona lekarzy Kasy Chorych m. Warszawy i niezwiązanych ze mną węzłami przyjaźni, czy zażyłości o łaskawe wyświetlenie sprawy.

W dniu 30.XI r. b. w godz. 14 — 16½ zebrali się PP. Koledzy i po dokonaniu oględzin spisali protokuł, odpis którego do niniejszego dołączam i proszę o łaskawe umieszczenie na łamach Swego Szanownego Pisma.

Łączę wyrazy głębokiego szacunku

Dr. C. Koneczny
Naczelnik Wydziału Dentystycznego

Załącznik

(patrz str. następna).

Odpis.

PROTOKUŁ.

Na skutek zaproszenia Naczelnika Wydziału Dentystycznego Kasy Chorych m. Warszawy p. D-ra Czesława Konecznego zebrali się: Dr. Marjan Zeńczak, Dr. Franciszek Rybarski, lek. dent. Maurycy Krakowski i lek. dent. Antoni Mokrzycki, celem bliższego zaznajomienia się z organizacją i biegiem pracy w Proteziarni przy ul. Jagiellońskiej Nr. 34.

Stwierdzono po dokładnem zbadaniu:

1) jakość kauczuku różowego firmy De Trey oraz czerwonego firmy Ascha uznano za pełnowartościową w stanie surowym, zupełnie świeży, lepki, ciągliwy i całkowicie zdatny do użytku.

2) Zęby marki „Solila“ de Trey'a z zaczepkami złoconemi jako przednie oraz djatoryczne tejże firmy, jako boczne są powszechnie używane do robót kauczukowych i jako najodpowiedniejsze mają zastosowanie do dostawek w Proteziarni.

3) Urządzenie pracowni oraz pokojów przyjęć odpowiadają celowi, również księgowanie i zapisy są systematycznie prowadzone.

4) Przeważna ilość wykonanych dostawek jest przeznaczoną dla szczęk bezzębnych, wobec czego zapotrzebowanie kauczuku różowego równa się mniej więcej ilości czerwonego.

5) Średnia ilość wyrobionych zębów sztucznych miesięcznie wynosi 6.000 sztuk.

7) Przedstawione protezy gotowe okazały się starannie wykończone.

Warszawa, dn. 30 listopada 1931 r.

(—) *Dr. Zeńczak.*
(—) *M. Krakowski.*
(—) *A. Mokrzycki.*
(—) *Dr. F. Rybarski.*

Za zgodność:
Dr. C. Koneczny.

KONKURS „PRZEGLĄDU DENTYSTYCZNEGO"

Z przyczyn od Redakcji niezależnych zmuszeni jesteśmy termin nadsyłania prac konkursowych przedłużyć do 31 grudnia 1932 roku, o czem zawiadamiamy zainteresowanych autorów.

DRUKARNIA ZAKŁ. WYDAWN. M. ARCT, SP. AKC. W WARSZAWIE, CZERNIAKOWSKA 225.

DRUK. SP. AKCT. CZERNIAKOWSKA 225